Додаток 6 до Регламенту Проєкту

«Розмовляймо польською»

Захід 8.3

Регіональної Операційної Програми - Любуське-2020

Załącznik nr 6 do Regulaminu Projektu

„Porozmawiajmy po polsku”

Działanie 8.3

Regionalnego Programu Operacyjnego-Lubuskie2020

|  |  |
| --- | --- |
| **Ім’я та Прізвище Учасника Проєкту/**  **Imię i Nazwisko Uczestnika Projektu** |  |
| **Адреса Учасника Проєкту/**  **Adres Uczestnika Projektu** |  |
| **Номер Телефону/**  **Telefon kontaktowy:** |  |
| **Номер ID/**  **nr ID:** |  |

**Заява про відшкодування витрат на догляд за дитиною та/або особою, яка є під опікою**

**в рамках проєкту "Розмовляймо польською"**

**в рамках Заходу 8.3**

**Регіональна Операційна Програма - Любуське-2020**

**Wniosek o refundację kosztów opieki nad dzieckiem i/lub osobą zależną  
w ramach projektu pt. „Porozmawiajmy po polsku”**

**w ramach Działania 8.3**

**Regionalnego Programu Operacyjnego-Lubuskie2020**

На підставі положень § 9 Регламенту Проєкту "Розмовляймо польською", що реалізується в рамках Заходу 8.3 Популяризація навчання впродовж життя, пов'язаного з набуттям та підвищенням професійної кваліфікації, Регіональної операційної програми Любуське-2020, подаю заявку на супровідну підтримку - відшкодування витрат на догляд за дитиною та/або особою, яка є під опікою, понесених мною під час моєї участі у навчанні польської мови як іноземної:

Na podstawie zapisów § 9 Regulaminu Projektu pt. „Porozmawiajmy po polsku”, realizowanego w ramach Działania 8.3 *Upowszechnienie kształcenia ustawicznego związanego z nabywaniem i doskonaleniem kwalifikacji zawodowych*, Regionalnego Programu Operacyjnego-Lubuskie2020, wnioskuję o wsparcie towarzyszące - refundację kosztów opieki nad dzieckiem i/lub osobą zależną, poniesionych przeze mnie w okresie uczestnictwa w szkoleniu języka polskiego jako obcego:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ім’я та Прізвище особи, яка є під опікою**  **Imię i Nazwisko osoby zależnej** |  | |
| **Рік народження особи, яка є під опікою**  **Rok urodzenia osoby zależnej** |  | |
| **Ступінь залежності/зв'язку з Учасником Проєкту/Stopień zależności/powinowactwa z Uczestnikiem Projektu** |  | |
| **Період, впродовж якого здійснювавася догляд за особою, що є під опікою/Okres, w którym była sprawowana opieka nad osobą zależną** | **……………………………………….**  **дати/daty[[1]](#footnote-1)** | **……………………………………….**  **години/godziny[[2]](#footnote-2)** |
| **Особа/заклад, що здійснює догляд за особою, що є під опікою/ Osoba/instytucja sprawująca opiekę nad osobą zależną** |  | |
| **Витрати на догляд за особою, що є під опікою/Koszt opieki nad osobą zależną** | **……………………………………….**  **Сума за годину/**  **kwota za godzinę** | **……………………………………….**  **загальна сума**  **/kwota ogółem** |

У зв'язку з цим прошу відшкодувати витрати на утримання в розмірі:

W związku z powyższym proszę o dokonanie refundacji kosztów opieki w wysokości:

………………………….zł,прописом/słownie…………………………………………………………………………………………… .

Повернення коштів прошу здійснити на рахунок:

Refundacji proszę dokonać na konto nr :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Заявляю, що власником вищевказаного рахунку:

Oświadczam, że właścicielem powyższego konta:

🞐 Являюсь я/ jestem ja або/lub 🞐 є/jest ………………………………………………………………………….

*(ім’я та прізвище)*/*(imię i nazwisko)*

Одночасно заявляю, що:/Jednocześnie oświadczam, że:

1. Вся інформація в цій заяві на відшкодування витрат на догляд за особою, що є під опікою відповідає дійсності.

Wszystkie informacje w niniejszym wniosku o refundację kosztów opieki nad osobą zależną są zgodne z prawdą.

1. Являюсь особою, яка самостійно здійснює опіку або мій чоловік/дружина працює і не може доглядати за дитиною чи особою, що є під опікою під час моєї участі в Проєкті. Jestem osobą samotnie sprawującą opiekę nad osobą zależną lub współmałżonek jest osobą pracującą i nie może sprawować opieki nad dzieckiem lub dorosłą osobą niepełnosprawną  
    w czasie mojego uczestnictwa w Projekcie.
2. Залежна особа проживає зі мною в одному помешкані:

Osoba zależna przebywa wraz ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym.

…………………………………………………….

*підпис учасника проєкту*

*podpis uczestnika projektu*

Заявляю, що мені відомо про кримінальну відповідальність за надання неправдивої інформації згідно зі статтею 233 § 1 Кримінального кодексу " Особа, яка, даючи завідомо неправдиві показання, призначені для використання в якості доказу у судовому розгляді або інших процесуальних діях, що здійснюються відповідно до цього Закону, дає неправдиві свідчення або приховує правду, карається позбавленням волі на строк від 6 місяців до 8 років".

Oświadczam, iż jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego „Kto składając zeznanie mające służyć za dowód   
w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”.

…………………………………………………….

*підпис учасника проєкту*

*podpis uczestnika projektu*

Заявляю, що я ознайомився/-лась зі змістом Регламенту Проєкту, зокрема, з § 8, пункт 12, в якому йдеться про те, що *"У разі виявлення будь-яких порушень з боку Учасника Проєкту, які призведуть до неправомірного відшкодування витрат на проведення іспиту, що підтверджує набуття кваліфікації, Учасник Проєкту зобов'язаний повернути ці кошти з нарахуванням передбачених законодавством відсотків протягом 7 календарних днів з дня отримання такої інформації від Бенефіціара Проєкту*".

Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią Regulaminu Projektu a w szczególności z § 9 ust. 18, który stanowi: *„W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości ze strony Uczestnika Projektu, które skutkować będą nienależnie pobranej refundacji kosztów opieki nad osobą zależną Uczestnik Projektu zobowiązany jest do zwrotu tych środków wraz z odsetkami ustawowymi w terminie 7 dni kalendarzowych od dnia otrzymania takiej informacji od Beneficjenta Projektu.”*

…………………………………………………….

*підпис учасника проєкту*

*podpis uczestnika projektu*

Додатки до заявки:/Załączniki do wniosku:

🞐 завірену згідно з оригіналом копію рахунку або рахунку-фактури за догляд над особою що є під опікою підписану працівником Бенефіціара Проєкту (оригінал документа підлягає перевірці)

kserokopia, potwierdzona za zgodność z oryginałem rachunku lub faktury za opiekę nad osobą   
 zależną wykonana przez pracownika Beneficjenta Projektu (oryginał dokumentu do wglądu)

🞐 підтвердження оплати за догляд за особою, що є під опікою

potwierdzenie dokonania płatności za opiekę nad osobą zależną

🞐 посвідчення особи про неповносправність – лише для пред’явлення

zaświadczenie o niepełnosprawności dorosłej osoby zależnej – jedynie do okazania

🞐 свідоцтво про народження або посвідчення особи що є під опікою - лише для пред'явлення/засвідчення

akt urodzenia lub dowód osobisty dziecka – jedynie do okazania/oświadczenie

**Розділ, що заповнюється Бенефіціаром Проєкту/Część wypełniana przez Beneficjenta Projektu**

Приймаючи заявку, співробітник Проєкту підтвердив:/

Przyjmując wniosek pracownik Projektu zweryfikował:

1. Довідка про неповносправність дорослої особи, що є під опікою. *(відмітити відповідну відповідь)*

Zaświadczenie o niepełnosprawności dorosłej osoby zależnej *(odpowiednią odpowiedź zaznaczyć)*

🞐 ТАК/TAK 🞐 НІ/NIE 🞐 НЕ ПІДЛЯГАЄ/NIE DOTYCZY

1. Свідоцтво про народження дитини або посвідчення особи *(підкреслити відповідну відповідь)*

Akt urodzenia lub dowód osobisty dziecka/oświadczenie *(odpowiednią odpowiedź zaznaczyć)*

1. Оригінал рахунку або рахунку-фактури за догляд за особою, що є під опікою *(відмітити відповідну відповідь)*

Oryginał rachunku lub faktury za opiekę nad osobą zależną *(odpowiednią odpowiedź zaznaczyć)*

🞐 ТАК/TAK 🞐 НІ/NIE

1. Оригінал документа, що підтверджує оплату за опіку за особою, що є на утриманні *(відмітити відповідну відповідь)*

Oryginał potwierdzenia dokonania płatności za opiekę nad osobą zależną *(odpowiednią odpowiedź zaznaczyć)*

🞐 ТАК/TAK 🞐 НІ/NIE

Перевірено за змістом/Sprawdzono pod względem merytorycznym

…..……………………………………………………

дата, підпис працівника/data, podpis pracownika

Перевірено формальну та фінансову складову

Sprawdzono pod względem formalno-rachunkowym

…………………………………………………………………………………….

дата, підпис працівника/data, podpis pracownika

1. вкажіть усі дати, коли проходило навчання

   należy wpisać wszystkie daty, w których odbywało się szkolenie [↑](#footnote-ref-1)
2. вкажіть усі години, протягом яких відбувалося навчання

   należy wpisać wszystkie godziny, w których odbywało się szkolenie [↑](#footnote-ref-2)